



Indicaciones de la laparoscopia en la Obstrucción Intestinal

I Jornadas Cirugía de Urgencias para Residentes
9 Abril 2014

Marta Cuadrado Ayuso
Residente CG-II



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

Caso Clínico

- Paciente mujer 87 años
- Antecedentes Personales:
 - Alérgica a Penicilinas y Cefalosporinas
 - HTA, DL, Parkinson, Insuf. Mitral, Temblor esencial.
 - Cirugías previas: no.

Caso Clínico

- Dolor abdominal de 24 horas de evolución, asociado a vómitos.
- Exploración Física:
 - TA 158/71 FC 93.
 - Abdomen distendido, blando y depresible, doloroso a la palpación en FID, sin signos de irritación peritoneal. RHA aumentados.
 - Tacto rectal: Hemorroides. Escasos restos fecales en ampolla rectal.

¿Pruebas Complementarias?

- A) Analítica y Rx simple abd

CARTULINA ROJA

- B) Analítica y Ecografía abdominal

CARTULINA BLANCA

Pruebas Complementarias

- AS: Hb 14.1, Leucos 8200, LDH 223, Cr 1.11, Urea 71, PCR 1
- RxAbd

Evolución:

Continua con dolor abdominal
No presenta nauseas, ni vómitos



¿Qué haríamos?

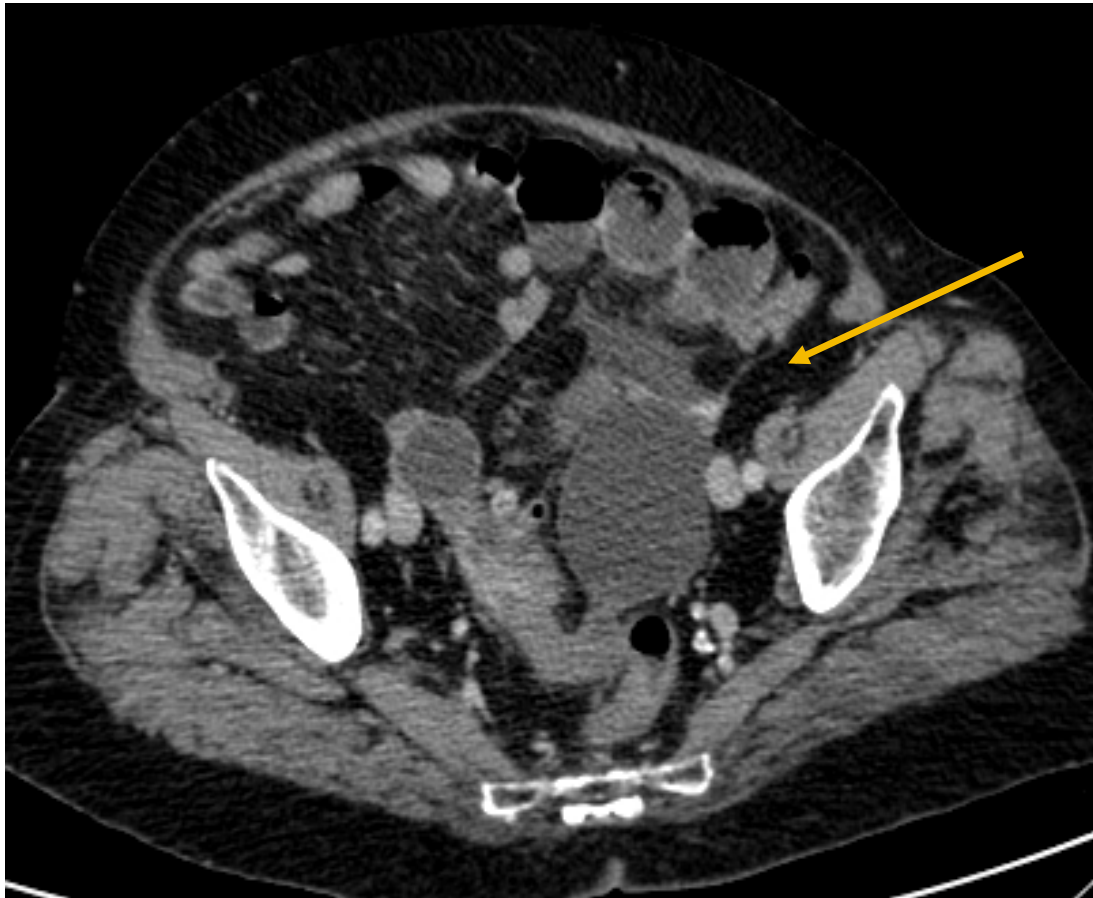
- A) Enemas

CARTULINA ROJA

- B) TC abdomino-pélvico

CARTULINA BLANCA

TC abdomino pélvico



- Dilatación patológica de asas de ileon y yeyuno, coincide con un giro en el mesenterio en FID. Pequeña cantidad de líquido libre.
- Obstrucción intestinal secundaria a brida o hernia interna

¿Manejo?

- A) Quirúrgico
CARTULINA ROJA

- B) Conservador
CARTULINA BLANCA

Evolución

- Se coloca SNG, y permanece en observación, tras 48 horas de evolución del cuadro continua sin mejoría del dolor abdominal, ausencia de tránsito para gases y heces.
- Se decide tratamiento quirúrgico urgente

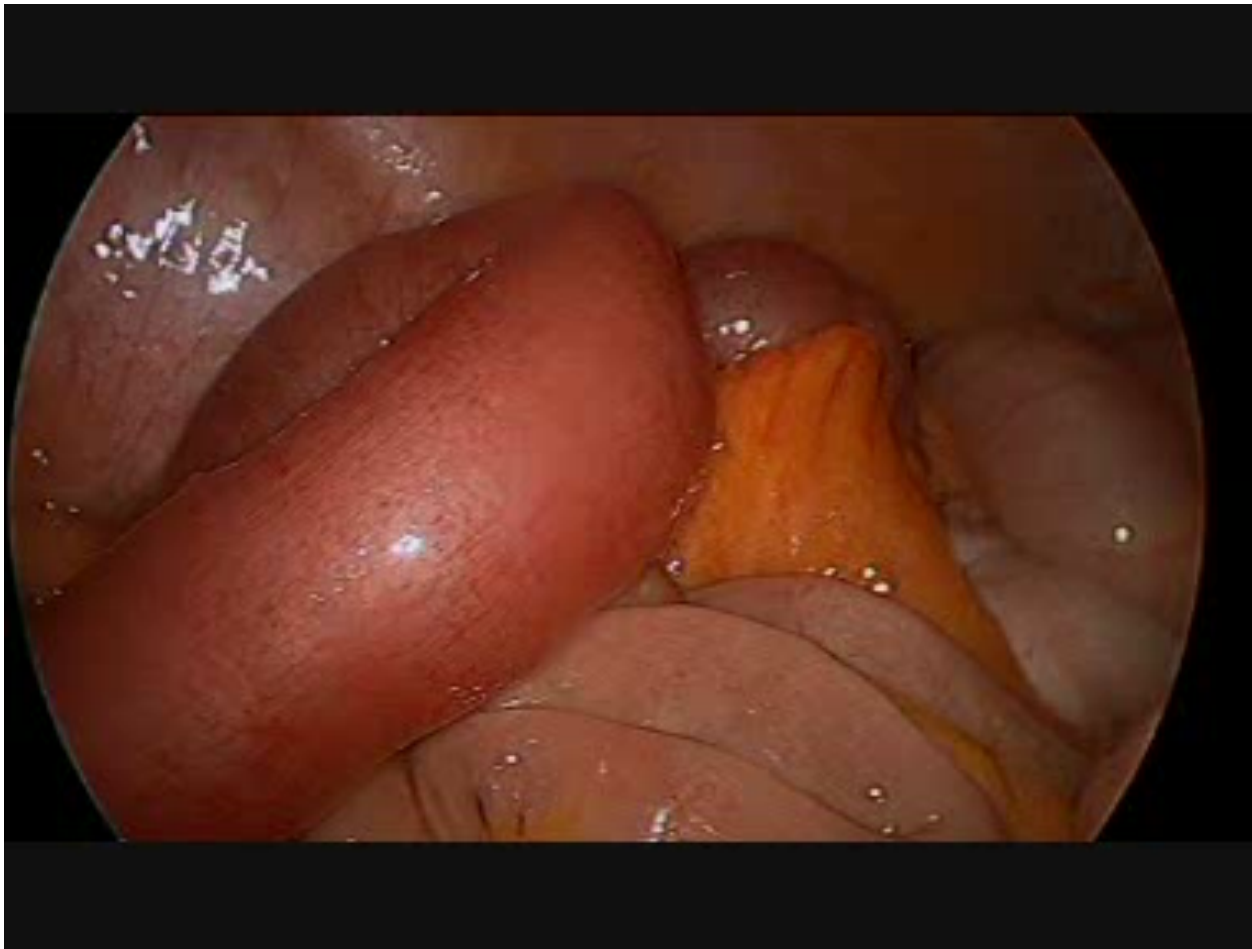
¿Tratamiento?

- A) Laparotomía
CARTULINA ROJA

- B) Laparoscopia
CARTULINA BLANCA

Laparoscopia

- Sección de brida laparoscópica



Introducción

- Etiología:

- Bidas

75%

- Hernia interna

- Hernia pared abdominal

- Otras: Íleo biliar

EII

Tumores

Carcinomatosis peritoneal

Tratamiento quirúrgico



- Laparotomía
- Laparoscopia

Laparoscopia

- Abordaje inicial

Feasibility of diagnostic laparoscopy is ranging from 60% to 100% whilst therapeutic effectiveness of the laparoscopic approach is lower (40-88%). Predictive factors for successful laparoscopic adhesiolysis are: number of previous laparotomies ≤ 2 , non-median previous laparotomy,

Laparoscopia

- **Contraindicaciones:**
 - Inestabilidad hemodinámica
 - Dilatación > 4cm
 - Adherencias densas
 - Peritonitis
 - Sospecha de isquemia

Relativas

Técnica

- Neumoperitoneo
 - Hasson
 - Veress en HCI o alejado de incisiones previas
- Trocares
 - Acceso a FID
- Manipulación cuidadosa de asas
- Revisión desde ileon a Treitz

Ventajas

- Menor dolor postoperatorio
- Reduce íleo postoperatorio
- Menor estancia hospitalaria
- Menos complicaciones de herida quirúrgica
- Menos adherencias

Inconvenientes

- Exposición incompleta
- Lesiones inadvertidas

The incidence of intraoperative enterotomies during laparoscopic adhesiolysis ranges from 3% to 17.6%, with most authors reporting an incidence of about 10% [66,67].

One of the most dreaded complications of surgery is a missed enterotomy. Although a missed enterotomy can occur after laparotomy, the incidence is higher after laparoscopic surgery.

Laparoscopy

Table 3: Predictive factors for successful laparoscopic adhesiolysis.

-
- Number of previous laparotomies ≤ 2 [8,9,46,57]
 - Non-median previous laparotomy [9,45,46]
 - Appendectomy as previous surgical treatment causing adherences [11,17,28,46]
 - Unique band adhesion as pathogenetic mechanism of small bowel obstruction [8,46,57]
 - Early laparoscopic management within 24 hours from the onset of symptoms) [8,11,28,46,57]
 - No signs of peritonitis on physical examination [24,46,49]
 - Experience of the surgeon [46,49,58]
-

Conversión

- Adherencias múltiples
- No identificación de causa obstructiva
- Necesidad de resección intestinal
- Perforación iatrogénica

Conclusiones

- La laparoscopia en la obstrucción intestinal es factible en manos de cirujanos expertos y pacientes seleccionados
- Abordaje inicial en la obstrucción intestinal
- Mejores resultados en brida única
- Disminución de la morbilidad y de la estancia hospitalaria

Bibliografía

- [Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction \(ASBO\): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group](#). Di Saverio S, Coccolini F, Galati M, Smerieri N, Biffi WL, Ansaloni L, Tugnoli G, Velmahos GC, Sartelli M, Bendinelli C, Fraga GP, Kelly MD, Moore FA, Mandalà V, Mandalà S, Masetti M, Jovine E, Pinna AD, Peitzman AB, Leppaniemi A, Sugarbaker PH, Goor HV, Moore EE, Jeekel J, Catena F. *World J Emerg Surg*. 2013 Oct 10;8(1):42. doi: 10.1186/1749-7922-8-42.
- **Feasibility of laparoscopy for small bowel obstruction.** [Farinella E¹](#), [Cirocchi R](#), [La Mura F](#), [Morelli U](#), [Cattorini L](#), [Delmonaco P](#), [Migliaccio C](#), [De Sol AA](#), [Cozzaglio L](#), [Sciannameo F](#) *World J Emerg Surg*. 2009 Jan 19;4:3. doi: 10.1186/1749-7922-4-3.
- **Laparoscopic management as the initial treatment of acute small bowel obstruction.** [Lujan HJ¹](#), [Oren A](#), [Plasencia G](#), [Canelon G](#), [Gomez E](#), [Hernandez-Cano A](#), [Jacobs M](#). *JSLs*. 2006 Oct-Dec;10(4):466-72
- **Analysis of the videolaparoscopy potentiality in the surgical treatment of the bowel obstruction.** [Ghezzi TL¹](#), [Moschetti L](#), [Corleta OC](#), [Abreu GP](#), [Abreu LP](#). *Arq Gastroenterol*. 2010 Apr-Jun;47(2):148-51.
- **[A preliminary experience in the laparoscopic approach to bowel obstruction]** [Forteza-Sanchis C¹](#), [Priego-Jiménez P²](#), [Martínez-Ramos D²](#), [Ángel-Yepes V²](#), [Villegas-Cánovas C²](#), [Escrig-Sos J²](#), [Salvador-Sanchis JL²](#) *Rev Gastroenterol Mex*. 2013 Oct-Dec;78(4):219-24. doi: 10.1016/j.rgmx.2013.07.006. Epub 2013 Nov 28.